



Benton-Franklin District Health Department
800 W. Canal Drive
Kennewick, WA 99336
(509) 586-0207

APLICACION DE ACTA DE NACIMIENTO

Fecha de hoy _____

Nombre completo del niño _____

Lugar de nacimiento (hospital ciudad) _____

Fecha de nacimiento _____

Nombre completo del Padre (Si esta en la acta) _____

Nombre completo de la Madre antes de casarse _____

Cantidad de copias _____ X \$13.00 = _____

Please Complete for Identification Purposes Only
Su Nombre _____
Apellido Primer Inicial
Su Domicilio _____
Calle Ciudad
Estado Codigo
Telefono (Casa) () Trabajo ()
Seguro Social Fecha de Nacimiento

FIRMA DE LA PERSONA QUE PIDE LA ACTA:

RELACION DE USTED CON LA PERSONA DE LA ACTA QUE SOLICITA:

For office use only

No. of Copies _____ Date Picked Up/Mailed _____

Account No. _____ Receipt No. _____

Date _____